Aus der II. Klinik für innere Krankheiten und Naturheilkunde des Allgemeinen Krankenhauses der Stadt der Reichsparteitage Nürnberg.
Vorstand: Professor Dr. Kötschau

Die Häufigkeit der Endokarditis im Verlauf des akuten Gelenkrheumatismus bei Salicylsäuretherapie und bei biologischer Behandlung.

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
der Hohen Medizinischen Fakultät
der Friedrich-Alexanders-Universität
Erlangen

vorgelegt von
Hans Schnapp
aus Nürnberg.

Tag der mündlichen Prüfung: 5. 9. 1939.

1939
Buchdruckerei Karl Döres. Erlangen, Jägerstraße 3

1939 №202

Referent: Prof. Dr. Fr. Jamin.

Dekan: Prof. Dr. R. Greving.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Der Wert einer Heilweise wird letzten Endes immer durch den Erfolg, der damit erzielt wird, bestimmt.

Im Rahmen dieser Arbeit soll nun untersucht werden, welche Form der Behandlung beim akuten Gelenkrheumatismus größere Heilerfolge hat, die alte Salicyltherapie oder die biologische Behandlung.

Da die rheumatische Endokarditis die häufigste Komplikation und Verschlimmerung des Krankheitsbildes darstellt, soll die Häufigkeit der während der Behandlung auftretenden Endokarditis als objektiver Maßstab dienen, der eine einwandfreie Beurteilung gewährleistet.

In der Literatur sind über die Häufigkeit der bei der akuten Polyarthritis auftretenden Endokarditis, soweit die Salicylsäurebehandlung in ihren verschiedenen Formen damit in Zusammenhang steht, schon verschiedene Angaben gemacht worden. Die Zahlen, die hier von den verschiedenen Autoren festgestellt wurden, sind sehr unterschiedlich.

Die angegebene Häufigkeit bewegt sich im allgemeinen zwischen 20 und 60% (Harras, Lambert, Nenninger, Pribram). Auch nach Zusammenstellungen von Leschke tritt beim Erwachsenen in 20 bis 60%, durchschnittlich in einem Drittel der Fälle von akutem Gelenkrheumatismus eine Endokarditis auf. v. Romberg gibt dagegen wesentlich niedrigere Zahlen an; nach ihm kommt diese Komplikation in 10—20% vor. Zinn findet eine Häufigkeit von 25%. W. His nimmt eine Häufigkeit der Herzkomplikationen von etwa 30% bei der akuten Polyarthritis an, wobei er allerdings auch die Perikarditis und die Myokarditis einschließt, die jedoch in weitaus geringerem Maße gezählt werden.

Bei Kindern werden noch viel höhere Prozentzahlen angegeben, ja fast jeder ausgesprochene Fall von akutem Gelenkrheumatismus soll im Kindesalter mit einer Endokarditis einhergehen (Baginsky). In diesem Rahmen soll jedoch die kindliche Endokarditis unberücksichtigt bleiben.

Es würde hier zu weit führen und man würde voraussichtlich auch zu keinem klaren Ergebnis kommen, den Ursachen dieser unterschiedlichen Zahlenangaben der einzelnen Autoren nachzugehen. Ob sie in der Art der Auswahl bei den Statistiken, in der Erfassung des zeitlichen Auftretens der Komplikation oder in der manchmal nicht leichten Erkennung der Endokarditis liegen oder in anderen Ursachen mehr, mag dahingestellt bleiben.

Wenn Bouilland (1836), der als Erster die Endokarditis als Komplikation des akuten Gelenkrheumatismus beschrieben hat, noch der Meinung war, daß nur ein schwerer und hoch fieberhaft verlaufender Gelenkrheumatismus zu einer Herzerkrankung führen könnte, so wissen wir doch heute, daß diese Anschauung nicht zutrifft. Es kann jede Form des Gelenkrheumatismus, sei sie nun schwer oder leicht, zur Endokarditis führen. Sogar nach ganz leichten Erkrankungen mit flüchtigen Gelenkerscheinungen und geringem Fieber können Klappenfehler beobachtet werden, während auf der anderen Seite manchmal die schwersten, sich lange hinziehenden Formen ohne jede Herzerkrankung verlaufen können.

Ueber den Einfluß der Salicylsäuretherapie auf die Verlaufsform des akuten Gelenkrheumatismus und auf die Häufigkeit der dabei auftretenden Endokarditis werden von den einzelnen Autoren die verschiedensten und widersprechendsten Angaben gemacht.

A. Schwenkenbecher und K. Eimer nehmen an, daß seit Einführung der Salicylsäure in die Behandlung des akuten Gelenkrheumatismus im Jahre 1876 die Erkrankung wesentlich milder verläuft, von kürzerer Dauer ist, und damit auch die Endokarditis nicht mehr so häufig sei, als vor Einführung dieser „spezifischen" Therapie. Dieser Annahme und Begründung dürfte schon die Tatsache widersprechen, daß die Schwere und Länge der Erkrankung keinen Einfluß auf eine dabei auftretende Endokarditis hat.

Amerikanische Autoren glauben in den letzten Jahren sogar das Gegenteil beobachtet zu haben.

Wenn sich auch nicht nachweisen läßt, daß durch die Salicylsäurebehandlung eine Zunahme der Endokarditis bei der Polyarthritis erfolgt ist, so ist zum mindesten doch anzunehmen, daß durch diese Therapie keinerlei Abnahme in der Häufigkeit erreicht wurde. Die Mehrzahl der Autoren sprechen sich auch für diesen Standpunkt aus.

So gibt u. a. Domarus an, daß gegen die Komplikation des Gelenkrheumatismus seitens des Herzens die Salicylsäure, dieses

„spezifische" Heilmittel wirkungslos und auch eine Prophylaxe damit nicht möglich sei.

Der Pharmakologe Trendelenburg lobt die Salicylsäure als „spezifisches" Mittel, muß aber auch zugeben, daß eine sichere Abnahme der sich anschließenden Klappenfehler nicht nachweisbar sei.

Auch E. Poulsson stellt fest, daß die Salicylbehandlung keinen Einfluß auf die Häufigkeit der rheumatischen Herzkomplikationen habe.

Zahlenmäßige Angaben über die Behandlung mit Salicylsäure und ohne diese macht Reiß:

148 Fälle mit Salicylbehandlung waren 34,5 Tage krank, bei einer Endokarditishäufigkeit von 17,6%, während 176 Fälle ohne Salicylbehandlung 36 Tage krank waren mit 16,4% Endokarditis.

An Hand von Krankheitsfällen von akutem Gelenkrheumatismus, die an der 2. med. Klinik des Städt. Krankenhauses Nürnberg zur Behandlung kamen, sollen nun die Angaben in der Literatur über die Häufigkeit der dabei auftretenden Endokarditis überprüft und weitere dazu notwendige Feststellungen gemacht werden. Darnach sollen diese Zahlen mit dem Ergebnis der Endokarditishäufigkeit bei biologischer Behandlung verglichen werden, das ebenfalls aus der Bearbeitung von Krankengeschichten aus der jetzigen Klinik für innere Krankheiten und Naturheilkunde gewonnen wurde.

Bei der Feststellung der Häufigkeit der Endokarditis bei der akuten Polyarthritis wurden die Krankengeschichten der Jahrgänge 1934, 1935 und 1936 bearbeitet. In diesen Jahren erfolgte die Behandlung fast ausschließlich mit Salicylsäure, bzw. Natr. salicyl. und auch Pyramidon. Bei der Bearbeitung wurden nur Krankengeschichten verwendet von einwandfrei als akuter Gelenkrheumatismus diagnostizierten Fällen und von akuten Rezidiven. Die Fälle von chronischem Gelenkrheumatismus, zweifelhafte Monarthritiden und Arthrosen usw. wurden nicht berücksichtigt. Es wurde bei der Auswahl streng darauf gesehen, daß alle Erscheinungen, wie Fieber, Schmerzen, ev. Schwellung und Rötung der Gelenke, akuter Beginn usw. eine unzweifelhafte Diagnose ermöglichten. Es kamen sowohl männliche, als auch weibliche Krankengeschichten zur Bearbeitung. Auch bei der Aufnahme in die Klinik wurde keinerlei Auswahl getroffen.

Unter diesen Bedingungen, wodurch eine einwandfreie Erfassung sämtlicher, innerhalb von 3 Jahren zur Aufnahme gelangter Fälle von akutem Gelenkrheumatismus ermöglicht wurde, kamen 85 Krankenblätter zur Bearbeitung. Eine Endokarditis wurde nur gezählt, wenn sie während der Behandlung entstand und auch

deutlich als solche erkennbar war. Irgendwelche Geräusche, bei denen nicht klar entschieden werden konnte, ob sie nur akzidenteller Natur waren, wurden unberücksichtigt gelassen. Es wurden nur Fälle gezählt, bei denen die Endokarditis durch Temperaturen, irgendwelche Sensationen in der Herzgegend, wie Beklemmungsgefühl usw., Neuauftreten oder Verstärkung eines Geräusches, plötzlicher Tachykardie u. a. einwandfrei feststellbar war und bei denen auch diese Anzeichen im Krankenblatt vermerkt waren. Unter diesen Bedingungen wurden auch Fälle gezählt, die schon mit irgendeinem Herzbefund zur Aufnahme kamen, bei denen aber bei der Aufnahmeuntersuchung kein Anhalt für eine schon bestehende Endokarditis gefunden wurde.

Die Behandlung war in fast allen Fällen die gleiche, was sowohl die Mittel, als auch die Dosis betrifft. Die Salicylsäure kam meistens in Form des Natriumsalzes zur Anwendung. Fast ausschließlich wurden davon pro die 6,0 g gegeben. Diese Behandlung wurde im allgemeinen während der ganzen Dauer des Krankenhausaufenthaltes fortgesetzt, nur gegen Ende der Behandlung wurde die Salicylsäure durch Pyramidon ersetzt, das in Mengen von 6—8 g pro Tag gegeben wurde. Ferner wurde, allerdings nur in relativ wenigen Fällen, auch Atophan in Mengen von 4—6 mal 0,5 g mitverwendet. An örtlichen Maßnahmen kamen nur in manchen Fällen Wattepackungen und Einreibungen mit Salicylsalben zur Anwendung.

Auf Allgemeinmaßnahmen, wie diätische Behandlung, ausgesprochene Schwitzprozeduren und entsprechende Packungen, Wasseranwendungen, Bewegungsübungen usw. wurde verzichtet.

In den Fällen, in denen der Verdacht auf Fokalinfektion bestand, wurde selbstverständlich dieser Herd soweit als möglich behandelt, die Tonsillen entfernt, Zähne extrahiert u. a. Bei drei Fällen kam eine Ausschälung der Mandeln zur Anwendung.

Wie schon weiter oben erwähnt, kamen **85** mit Salicylsäure bzw. mit Natr. salicyl. behandelte Fälle von akutem Gelenkrheumatismus zur Bearbeitung.

Die Zahl der Fälle, bei denen im Verlauf der Krankenhausbehandlung eine nachweisbare Endokarditis auftrat, betrug **21**, d. h. die Endokarditishäufigkeit im Verlauf der akuten Polyarthritis rheumatika bei Salicylbehandlung ergab sich an dem Krankenmaterial unserer Klinik mit **24,7**%. Diese Zahlen erstrecken sich nur auf Erwachsene, da Kinder an unserer Klinik nicht aufgenommen werden.

Das durchschnittliche Alter der Patienten ergab sich mit 29,5 Jahren.

Die Behandlungsdauer betrug im Durchschnitt 5,5 Wochen.

Unter den 85 Fällen waren 58 Ersterkrankungen und 27 akute Rezidive, die vielfach jahrelang frei von Erscheinungen waren.

Entlassen wurden 13 als geheilt, 26 als gebessert und arbeitsfähig. Die Zahl der arbeitsfähig entlassenen Patienten betrug demnach 39, was einem Prozentsatz von 45,8% entspricht. 43 kamen als gebessert und arbeitsunfähig und 2 als ungeheilt zur Entlassung. 1 Fall ist nach zwei Wochen mit 29 Jahren an einer Bronchopneumonie gestorben. Die Endokarditis trat in 18 Fällen erstmalig auf, während 3 Fälle Rezidive betraf.

Die Fieberdauer betrug im Durchschnitt 11,7 Tage, wobei Temperatursteigerungen über 37,5° gezählt wurden; die Höhe der Temperaturen konnte nicht berücksichtigt werden.

Die bei uns festgestellte Häufigkeit der Endokarditis bei der akuten Polyarthritis rheumatika von rund 25% ist etwas niedriger als die in der Literatur angegebenen Zahlen, deren Durchschnitt sich um 30% bewegt. Dabei muß berücksichtigt werden, daß nur Fälle gezählt wurden, bei denen die Endokarditis als solche deutlich erkennbar war. Die übrigen Werte, wie Behandlungsdauer, Alter usw. stimmen, wenigstens ungefähr, mit den durchschnittlichen Angaben der verschiedenen Autoren überein.

Im Vergleich zu diesen 85 mit Salicylsäure behandelten Fällen von akutem Gelenkrheumatismus wurde dann eine ebenso große Anzahl bearbeitet, bei denen eine biologische Therapie durchgeführt worden war. Nach genau denselben Richtlinien, wie schon weiter oben ausgeführt, wurden die Krankengeschichten durchgesehen, die bisher, d. h. seit April 1937 an der 2. Klinik für innere Medizin und Naturheilkunde des Städt. Krankenhauses Nürnberg unter der Leitung von Prof. Kötschau zur Behandlung kamen. Es handelt sich selbstverständlich hier um ein den 85 ersten Fällen durchaus gleichwertiges Krankenmaterial. Es wurde in keiner Weise irgendeine Auswahl nach besonderen Richtlinien getroffen. Der Zugang an unserer Klinik richtet sich lediglich nach kalendermäßig festgelegten Zugangstagen, an denen dann alle internen Kranken der betreffenden Klinik zugeleitet werden.

Auf die durchgeführte biologische Therapie, die fast ausschließlich zur Anwendung kam, wird später noch näher eingegangen werden. Im Rahmen dieser Behandlung wurde in einzelnen Fällen auch für kurze Zeit und in kleinen Dosen Natr. salicyl. und Pyramidon gegeben.

Die Zahl der während der Behandlung aufgetretenen Endokarditisfälle betrug hier nur **6**, d. h. auf 100 bezogen **7,1**%.

Das durchschnittliche Alter der bearbeiteten Fälle war 32 Jahre.

Der errechnete Durchschnitt der Aufenthaltszeit im Krankenhaus betrug 4,6 Wochen.

Die Zahl der Ersterkrankungen war 56, die Zahl der akuten Rezidive 29.

Die Entlassungen erfolgten in 15 Fällen als geheilt, in 35 Fällen als gebessert und arbeitsfähig, was einer Gesamtzahl der nach der Behandlung Arbeitsfähigen von 50 entspricht oder einem Hundertsatz von 58,8%. 32 Fälle wurden als gebessert und arbeitsunfähig und 1 Fall als ungeheilt entlassen. Von den zwei Todesfällen kam der eine bereits nach 5 Tagen durch eine Lungenembolie im Alter von 64 Jahren ad exitum; der andere starb an seiner Endokarditis, die er bereits ins Krankenhaus mitgebracht hatte.

In 2 Fällen handelte es sich um frische Endokarditiden, in 4 um Rezidive.

Die Fieberdauer betrug durchschnittlich 15,4 Tage, wobei nach den gleichen Bedingungen, wie vorher, verfahren wurde.

Um eine bessere Vergleichsmöglichkeit zu haben, werden die Ergebnisse der beiden Untersuchungsreihen noch einmal in Form einer Tabelle einander gegenübergestellt.

	Bei Salicyl-therapie	Bei biolog. Behandlung
Bearbeitete Fälle insgesamt	85	85
Endokarditiden	21	6
Prozentsatz	24,7%	7,1%
Durchschn. Behandlungsdauer (Wochen)	5,5	4,6
Entlassung als arbeitsfähig	39	50
Prozentsatz	45,8%	58,8%
als gebess. u. arbeitsunfähig	43	32
als ungeheilt	2	1
gestorben	1	2
Zahl der Ersterkrankungen	58	56
Zahl der akuten Rezidive	27	29

Aus diesen Zahlen, die sich aus der Bearbeitung der beiden Krankengeschichtenreihen ergeben haben, läßt sich eindeutig die Ueberlegenheit der biologischen Therapie über die Salicylbehandlung ersehen.

Die Häufigkeit der Endokarditis bei der Salicylsäurebehandlung beträgt rund 25%, während sie bei der biologischen Therapie nur rund 7% ausmacht.

Aber nicht nur die Häufigkeit der Endokarditis, sondern auch die übrigen Zahlen sprechen deutlich für die biologische Heilweise.

Die Dauer der Krankenhausbehandlung konnte dadurch immerhin im Durchschnitt von 5,5 Wochen auf 4,6 Wochen verkürzt werden.

Ebenso ließ sich die Zahl der Arbeitsfähigen von 45,8% auf 58,8% erhöhen, wodurch doch ein wesentlicher Erfolg erzielt wurde.

Daß die Fieberdauer bei der biologischen Behandlung mit 15,4 Tagen im Durchschnitt etwas länger war als bei der Salicylbehandlung, bei der die durchschnittliche Fieberdauer nur 11,7 Tage betrug, ist kein Nachteil dieser Behandlung, sondern sogar beabsichtigt. Dieses Ergebnis ist ein Beweis für die heilkräftige Wirkung des Fiebers, die uns nur willkommen ist und im weiteren Verlauf näher ausgeführt werden soll.

In der biologischen Literatur werden über den Zusammenhang der Endokarditishäufigkeit mit der Form der Therapie nur verhältnismäßig wenig Angaben gemacht. Verschiedene Autoren geben zwar an, daß die Häufigkeit der Endokarditis im Verlauf des akuten Gelenkrheumatismus bei naturgemäßer Heilweise geringer ist; sie geben aber keine Zahlen bekannt, die einen Vergleich ermöglichen könnten.

So schreibt J. Schier in seiner „Biologische Erfahrungsheillehre", daß „er Herzkomplikationen zwar habe nicht ganz vermeiden können, aber sie traten viel seltener und milder auf, als bei energischer Salicylbehandlung, wie sie die Schule einzuleiten und oft mit übermäßigen Gaben durchzuführen pflegt".

Auch Hauffe gibt an Hand von 233 Patienten ähnliche Erfahrungen an. Eberhard Sievers aus der Brauchle'schen Klinik und Hülf berichten ähnlich.

Wenn nun feststeht, daß bei naturheilerischer Behandlung des akuten Gelenkrheumatismus die Komplikation der Endokarditis lange nicht so häufig auftritt als bei der Salicyltherapie und daß es dadurch auch gelingt, die Krankheitsdauer etwas abzukürzen und den Prozentsatz der Arbeitsfähigen zu erhöhen, so taucht ganz von selbst die Frage nach den tieferen Ursachen dieses Unterschiedes auf.

Um diese Frage beantworten zu können, ist es notwendig, etwas näher auf die Problemstellung der Polyarthritis und auf die Beeinflußbarkeit dieser Erkrankung durch die Salicylsäure einzugehen und auch das Wesen der biologischen Heilweise klarzulegen.

Ueber die Aetiologie des akuten Gelenkrheumatismus sind schon die verschiedensten Ansichten vertreten worden, wenn auch die Ansicht der Ableitung von einem spezifischen Erreger vorherrscht.

Trotz aller Versuche, einen spezifischen Erreger zu finden, und den mannigfachen Angaben darüber, ist wohl heute anzunehmen, daß es einen solchen überhaupt nicht gibt. Wenn immer wieder irgendwelche Streptokokken u. a. im Blut oder auf den Herzklappen gefunden werden, so lassen sich diese Ergebnisse aber in keiner Weise mit der Theorie vom spezifischen Erreger in Einklang bringen, zumal auch zahlreiche derartige Versuche — es ist hier vor allem Schottmüller zu nennen — einen negativen Erfolg hatten.

Da in dieser Richtung in der Fragestellung über das Wesen des Gelenkrheumatismus nicht weiterzukommen ist, glauben wir das Problem am besten zu erfassen, wenn wir mit Stiegele annehmen, daß das Bild des akuten Gelenkrheumatismus durch verschiedene Erreger entstehen kann, die über die Tonsillen, die Zähne und andere Herde in den Organismus gelangen können. Das Wichtige und Maßgebende ist aber nicht die Art des Erregers, sondern die Reaktionsweise des Organismus. Für den charakteristischen Ablauf des Krankheitsbildes ist in erster Linie die Konstitution, im naturwissenschaftlichen Sinne Naegelis Geno- und Phänotypus umfassend maßgebend (Grumbach). v. Bergmann hat folgende Fassung geprägt: „Die Gewebsspezifität ist für das Rheumaproblem weit wichtiger als die ätiologische Spezifität".

Betrachten wir nun einmal bei dieser Anschauung vom Wesen der Polyarthritis die Salicylsäurebehandlung.

Auch heute noch wird in fast allen Lehrbüchern die Salicylsäure als spezifisches Heilmittel gegen den akuten Gelenkrheumatismus angegeben, wenn auch einzelne Autoren immer wieder eine spezifische Wirkung bezweifeln.

Bei genauerer Betrachtung läßt sich die Ansicht von der spezifischen Wirkung der Salicylsäure nicht mehr aufrecht erhalten. Eine spezifische Wirkung setzt immer auch einen spezifischen Erreger voraus. Da diese Voraussetzung jedoch, wie bereits angedeutet wurde und weiter unten noch näher ausgeführt wird, nicht zutrifft, so läßt sich auch die Ansicht von der spezifischen Wirkung nicht mehr halten.

Abgesehen davon, daß sich eine große Anzahl von salicylresistenten Fällen findet, die gegen eine spezifische Wirkung sprechen, werden in der letzten Zeit immer mehr Stimmen laut, welche die Salicylsäure lediglich als ein symptomatisches Mittel betrachten, das die Temperatur herabsetzt und die Schmerzen lindert.

Durch das gewaltsame Herabdrücken der Temperatur läßt sich, nach unserer jetzigen Anschauung vom Fieber, die doch heute Allgemeingut der Aerzte sowohl schulmedizinischer, als auch biologischer Richtung ist, wenn überhaupt dieser Unterschied noch gemacht werden kann, aber in keiner Weise ein günstiger Einfluß auf das ganze Krankheitsgeschehen erzielen, sondern eher das Gegenteil. Wir sind doch schon lange über die Anschauung hinaus, die im Fieber einen schädlichen Vorgang sieht. Die Zeiten, in denen man mit dem Fieber zugleich die Krankheit zu bekämpfen glaubte (Niemeier, Liebermeister, Jürgensen), sind schon lange vorüber. Gerade in der Erkenntnis vom Wesen des Fiebers zeigt sich deutlich das naturheilerische Denken. (Wenn hier vom naturheilerischen Denken die Rede ist, so soll damit nicht etwa ein strenger Gegensatz zur sog. Schulmedizin ausgedrückt werden. Es ist dies nur wegen der ganzen Problemstellung nötig. Gerade an der Anschauung vom Fieber sehen wir, daß auch die sog. Schulmedizin bei einzelnen Problemen schon im Begriffe ist, biologisch, d. h. ganzheitlich zu denken; nur fehlt noch die gesamte Ausrichtung in dieser Hinsicht.)

Wir sehen im Fieber den Ausdruck einer Reaktionsform des Organismus, um irgendwelche Schädigungen und Infekte zu überwinden. Das Fieber, d. h. die Temperaturerhöhung selbst, ist nur eine Teilerscheinung komplexer Vorgänge und Abwehrmaßnahmen.

R. Siebeck gibt darüber folgende Zusammenfassung: „Fieber tritt in Erscheinung mit einem ganzen Komplex vegetativer Reaktionen, die wahrscheinlich überwiegend durch zentralnervöse Steuerung geordnet und die mit der Abwehr und Ueberwindung schädigender Einwirkungen, besonders durch Infekte verbunden sind."

Wenn wir auch immer wieder bei hochfieberhaften Zuständen irgendwelche Schädigungen, wie z. B. schwere Vasomotorenlähmung, funktionelle Störungen und degenerative Veränderungen an Herz, Leber und Nieren, die man früher als direkte Schädigungen des Fiebers angesehen hatte (Liebermeister), beobachten, so wissen wir doch heute, daß es sich um infektiös-toxische Schädigungen handelt, die also Folge der Fieberursache und nicht des Fiebers selbst sind.

Aus dieser Anschauung vom Wesen des Fiebers ergibt sich folgerichtig die Erkenntnis, daß eine sinnvolle Therapie, von Ausnahmen abgesehen, niemals in der Bekämpfung des Fiebers bestehen kann. (Die Ergebnisse in der verschiedenen Dauer des Fiebers in unseren beiden Untersuchungsreihen sind der beste Beweis dafür.) Dies ist aber nicht nur die Ansicht der Naturheilkunde, sondern auch

die der führenden Lehrmeinung. Im Lehrbuch der inneren Medizin, 1931, steht nachfolgende Ausführung (angegeben von R. Siebeck):

„Die Unterdrückung des Fiebers im allgemeinen durch eines der zahlreichen Fiebermittel ist Unfug. Das Fieber bedeutet bei bakteriell bedingten Erkrankungen eine Abwehrmaßnahme. Nur wenn es die Grenzen überschreitet, hinter denen eine Schädigung anfängt, so bei der Hyperpyrese — also bei den höchsten Grenzwerten über 41 ° —, muß eingegriffen werden."

Aus diesen Erwägungen heraus, auf die noch etwas näher eingegangen werden soll, halten wir die einseitige Salicylsäure- und Pyramidontherapie der Polyarthritis für nicht genügend gerechtfertigt und für nicht biologisch.

Wenn wir bei der üblichen Dosierung in Mengen von 6—8 g pro Tag, auch keine direkten Schädigungen nachweisen konnten, so muß doch überlegt werden, daß ein Kranker, der schon infolge der bakteriellen Vergiftung schwer geschädigt ist und alle Abwehrkräfte mobilisieren muß, keineswegs mit Arzneimitteln, deren günstige Wirkung zudem noch sehr fraglich ist, überhäuft werden darf (W. Ewig).

Die Salicylsäure ist in größeren Dosen unzweifelhaft ein Gift und nicht etwa ein Gegengift gegen die bakteriellen Toxine. Die sog. Nebenwirkungen der Salicylsäure sind ja hinreichend bekannt und treten sehr häufig auch bei den üblichen therapeutischen Dosen auf, so daß vielfach wegen Reizung der Magenschleimhaut und anderen Gründen ein Absetzen des Mittels nicht zu umgehen ist. Wenn auch bleibende Schäden dadurch nicht nachweisbar sind, so kann doch angenommen werden, daß dadurch der Reaktionsablauf und damit der Abwehrkampf des Organismus gestört wird. Darin ist auch einer der Gründe zu sehen, warum wir bei der Salicylsäuretherapie wesentlich mehr Endokarditisfälle beobachten konnten, als bei biologischer Behandlung. Infolge Schädigung der Abwehr kann der Krankheitsprozeß fortschreiten und Orte befallen, die normalerweise einen genügenden Widerstand bieten würden. Da kann auch die einzige, noch bleibende positive Wirkung der Salicylsäure, die Schmerzstillung, eine Anwendung nicht mehr rechtfertigen, zumal sich eine Schmerzbekämpfung auch mit wesentlich einfacheren, unschädlichen Mitteln durchführen läßt. Dabei ist noch nicht berücksichtigt die Frage, inwieweit eine Schmerzbekämpfung überhaupt vorgenommen werden soll. Die Annahme, daß der Schmerz, durch nervöse Regulierung heilender Tendenzen, die Selbstheilung begünstigt, hat manches für sich.

Auch läßt sich eine direkte schädigende Wirkung auf das Herz nicht ganz ausschließen. v. Romberg mahnt schon zur Vorsicht wegen einer eventuellen Herzschädigung. Auch der Pharmakologe

Poulsson spricht schon von einer wahrscheinlichen direkten Einwirkung selbst kleiner Dosen auf das Herz, deren Ausdruck der frequente Puls sei.

Die Salicylsäurebehandlung ist Ausdruck eines Denkens in der Medizin, das nicht der Ganzheit entspricht. Man glaubte die Krankheit rein chemisch-physikalisch erklären zu können. Man glaubt auch heute teilweise noch, auch wenn man ihn bis jetzt noch nicht gefunden hat, einen bestimmten Erreger annehmen zu müssen, der das Krankheitsbild bestimmt und auslöst. Und folgerichtig nach dieser auf das einzelne gerichteten Denkungsart, glaubte man die Krankheit heilen zu können, wenn es gelingt, den Erreger zu vernichten. In der Vorstellung von einer „kausalen" Therapie ist man von einer anderen Seite überhaupt nicht an das Problem herangegangen. Mit Gesetzen, wie sie sich im Reagenzglas abspielen, versuchte man einmal die komplexen Lebens- und Krankheitsvorgänge im Organismus zu erfassen. Und so glaubte man auch, mit der „spezifisch auf den Erreger wirkenden Salicylsäure" die Polyarthritis heilen zu können. Ganz der gleichen Vorstellung entspricht es, wenn dann die Therapie in jedem einzelnen Krankheitsfalle in der gleichen Art und mit der gleichen Dosierung durchgeführt wird. Dabei wird aber übersehen, daß der Mensch ein lebender Organismus ist, der sich nie allein nach chemisch-physikalischen Gesetzen erfassen läßt. Ferner wird nicht berücksichtigt, daß wir die Krankheit als solche nicht erkennen können, sondern nur ihre Erscheinungen. Der Irrtum dieser Denkungsart liegt darin, daß man mit dem Begriff des Erregers schon den Schlüssel zum ganzen Krankheitsbild zu haben glaubte. Der Erreger gehört wohl mit zum Krankheitsbild, „er ist aber niemals die „Ursache", sondern stets nur ein mitwirkender Faktor im Rahmen eines großen Ursachenkomplexes, dessen wichtigster Teil der Organismus selbst ist; denn ohne Mitwirkung der sog. Disposition erkrankt der Organismus im allgemeinen überhaupt nicht, auch wenn er mit pathogenen Keimen überschüttet wird" (Kötschau).

Wie sehr man vielfach noch von dieser Ganzheitsbetrachtung entfernt ist und wie sehr man vom analytischen Denken an das Krankheitsproblem herangeht, mag eine kurze Uebersicht über die Literatur der Aetiologie der akuten Polyarthritis rheumatika klarlegen.

Selbstverständlich ist es im Rahmen dieser Arbeit nicht möglich, einen umfassenden Literaturauszug über die verschiedensten Theorien zu geben. Es soll hier nur das gebracht werden, was zur Erläuterung und zum Verständnis unserer Darlegungen notwendig ist.

Es ist bemerkenswert und typisch für die ganze Betrachtungsweise, daß man immer von einzelnen Erscheinungen her das Krankheitsbild zu erklären versucht.

Aus dem Verlauf des akuten Gelenkrheumatismus glaubt man entnehmen zu können, daß es sich um eine akute Infektionskrankheit, verursacht durch ein spezifisches Virus, handelt, das für alle einzelnen Krankheitserscheinungen verantwortlich sei.

Von dieser Vorstellung ausgehend, hat man das Blut, die Gelenkexsudate, die Tonsillen, den Urin, die Endokardauflagerungen usw. genau und eingehend bakteriologisch untersucht.

Aus dem Gelenkinhalt, der teilweise durch Punktion am Lebenden, teils auch an der Leiche gewonnen wurde, konnten die verschiedensten Erreger gezüchtet werden.

Streptokokken wurden z. B. von Menzer, Buday, Krause u. a. gefunden, Staphylokokken von Sahli und Maragliano, Gemische von Strepto-, Staphylokokken und Colibazillen von Singer, und andere Keime mehr.

Im Gegensatz dazu geben viele andere Untersucher ein negatives Ergebnis an (Chvostek, Michaelis, Jochmann, Pribram).

Im Blut ließen sich Keime viel seltener nachweisen. Die Untersuchungen von Michaelis, Chvostek, Kraus, Lenhartz, Schottmüller, Jochmann hatten ein negatives Ergebnis. Vereinzelt wurden Staphylo- und Streptokokken gefunden. Achalme konnte einen anaeroben Bazillus nachweisen, der auch von anderen Autoren angegeben wird. Poynton und Paine fanden den sog. Diplokokkus rheumatikus.

Auch die Auflagerungen auf den Herzklappen bei der rheumatischen Endokarditis wurden einer eingehenden Untersuchung unterzogen. Auch hier haben sich die verschiedensten Erreger gefunden, besonders wieder Staphylo- und Streptokokken. Der Achalme'sche Anaerobier und der Diplokokkus rheumatikus konnten ebenfalls wieder nachgewiesen werden. Zahlreiche andere Untersuchungen durch sehr zuverlässige Bakteriologen (Schottmüller, Königer und Lenhartz) hatten jedoch ein negatives Ergebnis. Es wurde daher von verschiedenen Autoren (Schottmüller, Lorey, Steinert und Schürer) angenommen, daß der Befund eines Streptokokkus in den endokarditischen Auflagerungen für eine Sekundärinfektion spräche und daß es sich keineswegs dabei um den Erreger des akuten Gelenkrheumatismus handele.

Da in vielen Fällen von akutem Gelenkrheumatismus die Tonsillen als Eintrittspforten des Erregers angesehen werden müssen, so wurden auch sie eingehend bakteriologisch untersucht. Es sind hier zu nennen: Fr. Meyer, Glaser, Poynton, Paine und Menzer.

Sie züchteten von den Mandeln Diplokokken und Streptokokken, deren Reinkultur Kaninchen intravenös injiziert wurden. Dadurch entstanden auch Gelenkschwellungen und Endokarditis. Die Gelenkergüsse erwiesen sich als teilweise steril, in anderen Fällen wurden aber auch bakterienhaltige Gelenkergüsse bzw. lokale Eiterungen und Lungenabszesse hervorgerufen. Daraus ergibt sich die Folgerung, daß sich die aus den Tonsillen gezüchteten Keime, wie andere Bakterien auch verhielten, also keinerlei spezifische Wirkung zeigten.

Trotzdem also bei unzähligen Untersuchungen nie ein spezifischer Erreger gefunden wurde, sondern die verschiedenartigsten Keime bei den gleichen Krankheitsbildern gezüchtet werden konnten, wird teilweise immer noch die Annahme eines spezifischen Erregers aufrecht erhalten.

A. Schwenkenbecher begründet diese Annahme folgendermaßen: „Das einheitliche Krankheitsbild macht es nämlich wahrscheinlich, daß der akute Gelenkrheumatismus nicht einen Symptomenkomplex oder eine allergische Reaktion des Körpers darstellt, sondern eine Krankheit sui generis ist."

Andere Autoren haben sich mit weiteren Faktoren beschäftigt, die beim Zustandekommen dieser Erkrankung eine Rolle spielen.

Die Erkältung wird am häufigsten als Ursache der Polyarthritis angenommen. Bei Untersuchungen über diese Ursache konnte Schade „kolloidchemische Veränderungen feststellen, die nicht ohne Einfluß für das Zustandekommen dieser Erkrankung sein dürften".

Auch die Schädigungen der Gelenke durch Ueberanstrengung seien von Bedeutung. Zum Beweise werden Armeestatistiken herangezogen, die angeblich eine ganz erhebliche Zunahme der Erkrankungsziffern nach größeren körperlichen Anstrengungen, besonders Marschleistungen zeigen.

Auch das Trauma als auslösende Ursache soll nach klinischen Beobachtungen eine Rolle spielen, besonders bei Schädigung des Gelenkes durch stumpfe Gewalt.

Manche Autoren stellen die Behauptung auf, daß auch eine direkte Uebertragung der Erkrankung von Mensch zu Mensch möglich sei (Hermann).

Man gibt auch zu, daß beim akuten Gelenkrheumatismus die körperliche Disposition eine wesentliche Rolle spielt. In einzelnen Familien ist auch schon ein gehäuftes Auftreten dieser Erkrankung durch mehrere Generationen nachgewiesen worden. Da eine direkte Uebertragung von den Eltern auf die Kinder nicht in Frage käme, so müsse eine angeborene Disposition die Ursache sein.

Stein, Hammerschlag und andere geben auf Grund eingehender

Untersuchungen an, daß die Polyarthritis rheumatika nur selten somatisch vollwertige Menschen befalle. „Zur Manifestation der Polyarthritis gehöre neben der vermutlich bakteriellen Einwirkung eine bestimmte degenerative Körperbeschaffenheit, eine Minderwertigkeit bestimmter Gewebe, die sich anatomisch in dem Auftreten von Merkmalen, wie sie zur asthenischen, hypoplastischen und zur lymphatischen Konstitution gehören, äußere."

Auch als allergische Reaktion des Körpers ist die akute Polyarthritis vielfach erklärt worden.

Weintraud z. B. glaubt, daß die auf den Tonsillen sitzenden Bakterien, die von hier aus gelegentlich ins Blut und auch in die Gelenke kommen könnten, die Veranlassung wären, Antikörper zu bilden, die dann die Bakterien angreifen und aus ihnen giftige Substanzen frei machen würden. Diese Toxine würden dann in der gleichen Weise wie bei der Serumkrankheit die fieberhafte und seröse Gelenkentzündung erzeugen. Dadurch würden sich auch die Rezidive als anaphylaktische Vorgänge erklären lassen. Ueber die Entstehungsweise der rheumatischen Endokarditis würde diese Theorie allerdings keinerlei Aufschluß geben (Hegler).

Die vorstehenden Angaben aus der Literatur über akute Polyarthritis lassen deutlich erkennen, wie wenig durch Einzelbetrachtungen dem ganzen Problem nahezukommen ist. Durch eine noch so genaue Analyse läßt sich nie das ganze Krankheitsgeschehen erfassen.

Die Befangenheit in diesem analytischen Denken erklärt auch, warum immer noch nach einer ganz bestimmten Ursache gesucht wird und warum man, von einigen Ausnahmen abgesehen (siehe oben), mit großer Hartnäckigkeit an der Anschauung vom spezifischen Erreger des akuten Gelenkrheumatismus festhält, trotzdem er noch nie nachgewiesen werden konnte.

Obgleich auch ein gewisser Einfluß der Disposition angegeben wird, da er einfach nicht zu übersehen ist, schließt man keine Ganzheitsbetrachtung daran an, sondern kehrt zum spezifischen Erreger als Ursache zurück.

Aus diesem Denken heraus wird auch die Salicylsäure als „spezifisches Heilmittel" bei dem akuten Gelenkrheumatismus verwendet. Die Therapie wendet sich gegen einzelne Erscheinungen der Krankheit und glaubt damit die Krankheit heilen zu können.

Da dabei aber häufig übersehen wird, daß diese Krankheitserscheinungen vielfach Anzeichen des Heilbestrebens des Organismus sind, das dadurch dann gestört werden kann, so läßt sich daraus die längere Dauer der Erkrankung und das häufigere Auftreten der Endokarditis als Komplikation erklären, als dies bei der biologischen Behandlung zu beobachten ist.

Die biologische Behandlung der Polyarthritis gründet sich auf eine grundsätzlich andere Betrachtungsweise vom Wesen der Krankheit im allgemeinen. In der Erkenntnis, daß sich ein Krankheitsbild nie durch Forschen nach einer einzelnen Ursache erfassen läßt, sind uns auch nicht Einzelheiten, die einzelnen mit wissenschaftlichen Methoden feststellbaren Krankheitsanzeichen, irgendein Erreger usw. die Hauptsache. Bei der Erkennung vom Wesen der Polyarthritis legen wir gar keinen besonderen Wert auf den Erreger als Ursache, denn das Vorhandensein von Erregern auf den Tonsillen, Zähnen usw. braucht noch lange nicht die Krankheit auszulösen. Wir sind uns darüber klar, daß es unmöglich ist, bei der Komplexheit des Krankheitsgeschehens eine „Ursache" zu finden. Kötschau sagt: „Die Erkenntnis, daß wir niemals alle Faktoren ermitteln können, verpflichtet strikte zur äußersten Zurückhaltung in der Bezeichnung dessen, was man die „Ursache" nennen möchte."

Für uns ist es viel wichtiger, die Bedingungen zu erfahren und für die Behandlung zu verwerten, unter denen die Krankheit entsteht.

Es ist in diesem Zusammenhang wichtig, darauf hinzuweisen, daß auch der sog. Schulmedizin diese Gedankengänge in der Erfassung von einzelnen Erkrankungen durchaus nicht fremd sind. Nur fehlt ihr noch die Anwendung im Gesamten. Bei der Tuberkulose weiß man, daß das Vorhandensein des Tuberkelbazillus noch lange nicht eine Erkrankung zu „verursachen" braucht. Es ist dazu noch viel wichtiger, daß eine entsprechende Konstitution als endogene Bedingung, und vielleicht noch einige sonstige exogene Faktoren nötig sind. Aus dieser Denkungsart heraus hat man auch schon für die Behandlung gewisse Folgerungen gezogen; es seien hier nur die Besonnung, die Gerson-Sauerbruch-Diät usw. erwähnt.

Die Krankheit selbst können wir nicht erkennen. Das Krankheitsgeschehen ist ein kompfexer Vorgang, von dem wir lediglich Krankheitserscheinungen, als Zeichen einer Reaktion des Organismus sehen.

Bei der Erkenntnis der Bedingungen, unter denen das Krankheitsgeschehen zustandekommt, ist zu beachten, daß das biologische Ganze, also Umwelt und Erbmasse, am Kranksein beteiligt sind. Nur ist bei verschiedenen Krankheiten der jeweilige Grad der Beteiligung verschieden.

Daraus ist zu ersehen, daß sich die Entstehung des akuten Gelenkrheumatismus nicht einfach durch einen spezifischen Erreger erklären läßt. Selbst die Entdeckung eines spezifischen Erregers würde an unserer Betrachtungsweise nichts Wesentliches ändern.

Bei der Entstehung dieses Krankheitsbildes wirken verschiedene Faktoren, verschiedene Bedingungen mit, die erst in Verbindung miteinander die Krankheit auszulösen vermögen.

Als erbbedingter Faktor ist die Disposition anzunehmen. Sie allein bedeutet aber nicht schon Krankheit, sondern nur Krankheitsbereitschaft.

Als Umweltfaktoren kommen dann irgendwelche pathogene Keime und außerdem Schädigungen durch Kälte, direkte Schädigungen der Gelenke und anderes mehr in Frage.

Erst das Zusammentreten sämtlicher Faktoren löst das Krankheitsbild der Polyarthritis aus. Der Krankheitserreger ist wahrscheinlich der unwesentlichste Faktor, wenn diese Bedingung auch erfüllt sein muß, denn pathogene Keime in den Tonsillen, Zähnen oder sonstwo, trägt jeder Mensch mit sich herum. Er erkrankt aber erst, und der Erreger kann eindringen, wenn bei gegebener Disposition durch irgendwelche Umweltschädigung die Widerstandskraft des Organismus herabgesetzt wird.

Unsere Behandlung fußt auf dieser Betrachtungsweise. Sie ist nicht auf ein einzelnes Symptom, sondern auf den ganzen Organismus gerichtet. Bei der biologischen Therapie steht die Allgemeinbehandlung im Vordergrund.

Die Krankheitserscheinungen sind uns Anzeichen dafür, daß der Organismus auf irgendwelche Störungen reagiert und sich den geänderten Bedingungen anzupassen versucht. Wir sehen darin den Ausdruck der natürlichen Heilkraft des Organismus.

Wenn wir daher eine sinnvolle, d. h. biologische Therapie treiben wollen, so können wir nur so vorgehen, daß wir die Heilbestrebung des Organismus durch geeignete Maßnahmen unterstützen und die Abwehrkräfte steigern.

Eine Heilung ohne Mithilfe der natürlichen Heilkräfte ist überhaupt nicht möglich, auch durch Mittel der sog. Schulmedizin nicht.

Somit verbieten sich von selbst alle Medikamente, die sich gegen die Krankheitserscheinungen richten und damit eine Abschwächung bzw. eine Unterdrückung der Heilkraft des Organismus bewirken.

Die Mittel, die wir zur Unterstützung der Heilmaßnahmen des Organismus anwenden, müssen damit in einem biologischen Zusammenhang stehen, d. h. es sind Reize, mit denen auch der gesunde Organismus ständig zu tun hat und auf die er mit entsprechenden Reaktionen antwortet. Es sind dies die funktionellen Lebensreize Wärme und Kälte, Bewegung und Ruhe, Wasser, Luft, Licht, Sonne, Erde, Ernährung und Nahrungsenthaltung, außerdem noch seelische Einflüsse.

Durch die ständige Einwirkung dieser Reize werden die Lebensfunktionen und die Heilkräfte geübt und gestärkt.

Deshalb ist eine wirksame „Prophylaxe" auch nicht möglich durch Fernhalten von irgendwelchen schädigenden Einflüssen, sondern nur durch ständige Uebung und dadurch Steigerung der Abwehrkräfte des Organismus. Ganz besonders gilt dies auch für die Prophylaxe des Gelenkrheumatismus; nur auf diese Art und Weise läßt sich eine Aenderung der Bedingungen erzielen, unter denen er zustande kommt.

Durch die Anwendung dieser Reize können wir dann auch auf den kranken Organismus einwirken und seine Heilmaßnahmen fördern.

Daneben wenden wir alle Medikamente an, die im gleichen Sinne, also im Sinne einer Unterstützung der Heilmaßnahmen des Organismus wirken, ganz gleich, woher sie kommen.

Wesentlich ist nicht die Anwendung von sog. biologischen Mitteln, sondern Richtschnur ist das biologische Denken. Deshalb kann es in gewissen Fällen durchaus biologisch sein, auch Mittel der sog. Schulmedizin anzuwenden, wenn dadurch eine Steigerung der Abwehrkräfte erzielt wird.

In diesem Sinne gebrauchen wir auch die Homöopathie, deren Mittelwahl sich ganz nach der Reaktionslage des Organismus richtet und die deshalb eine typisch biologische Heilweise darstellt.

Neben der Allgemeinbehandlung kommen auch örtliche Maßnahmen zur Anwendung, um örtlich wahrnehmbare Heilvorgänge zu unterstützen.

Bei den bearbeiteten 85 Fällen von akutem Gelenkrheumatismus, die an unserer Klinik zur Behandlung kamen, wurde nach der oben kurz klargelegten Grundeinstellung verfahren.

Wenn hier die einzelnen Maßnahmen nacheinander aufgeführt werden, so besagt dies keinesfalls, daß diese Maßnahmen in gleicher Weise in jedem Falle angewendet wurden. Es wurde selbstverständlich jeder Schematismus vermieden und die Anwendungen dem einzelnen Fall und seiner Reaktionslage entsprechend eingesetzt.

Zur Allgemeinbehandlung wurden vor allem ansteigende Voll- und Teilbäder mit anschließender Trockenpackung durchgeführt. Es wurde dadurch ohne jedes Medikament ein kräftiger Schweißausbruch erzielt und meist auch ein rasches Nachlassen oder zumindest eine merkliche Besserung der Schmerzen.

Irgendwelche Mittel zur Herabsetzung des Fiebers wurden nicht gegeben. Im Gegenteil wurden bei subfebrilen Temperaturen länger dauernde Bäder und Wärmemaßnahmen durchgeführt, um

eine mangelnde und ungenügende Reaktionsfähigkeit in dieser Beziehung zu unterstützen.

Aus diesem Grunde ist auch die durchschnittliche Fieberdauer in den bearbeiteten Fällen bei biologischer Therapie etwas länger, aber gerade dadurch wird die Heilkraft des Fiebers ausgenützt und der Krankheitsprozeß klingt rascher ab.

Auf eine vorwiegend vegetabile, vitaminreiche Kost, in manchen Fällen auch Rohkost und Obst- und Gemüsesäfte, legten wir großen Wert. Wenn sich zeigte, daß ein starker Vitamin C-Mangel bestand, gaben wir zusätzlich Redoxon.

An homöopathischen Arzneimitteln setzten je nach ihrer Uebereinstimmung im Arzneibild Bryonia, Rhus tox., Spiraea ulm. oder Ac. salicyl., Phytolacca, Aconit u. a. ein.

Selbstverständlich wurde bei Verdacht auf einen Fokalherd (Tonsillen oder Zähne) eine entsprechende Behandlung oder die Entfernung durchgeführt. Die Tonsillen wurden „gerödert" oder nach Dingfelder ausgespült. Auch die Kaffeekohle nach Heisler kam manchmal zur Anwendung.

Die örtliche Behandlung der Gelenke wurde mit heißen Wickeln, Heublumenüberschlägen, Heilerde, Lichtbogen, Ottinger Paste, Kantharidenpflaster u. a. durchgeführt.

Nach Abklingen des Fiebers und der akuten Erscheinungen wurde Wert auf Bewegungsübungen, Massage und Sport gelegt. Zur Abhärtung und damit zur Vermeidung von Rezidiven wurden Wechselbäder, kalte Güsse, Aufenthalt in unserem Luftpark usw. verordnet.

Es würde hier zu weit führen, auf die einzelnen Maßnahmen und ihre jeweiligen Wirkungen einzugehen. Wir brachten sie immer dann zur Anwendung, wenn wir überzeugt waren, das Heilbestreben des Organismus in seinen einzelnen Auswirkungen zu unterstützen und zu fördern.

Zusammenfassung:

An Hand von statistischen Erhebungen aus Krankenblättern wurde die Frage der Endokarditishäufigkeit im Verlauf der akuten Polyarthritis rheumatika sowohl bei Salicyltherapie, als auch bei biologischer Behandlung untersucht. Zur Bearbeitung kamen 85 Krankengeschichten von Fällen, die ausschließlich mit Salicylsäure bzw. mit Natr. salicyl. behandelt wurden, und eine ebenso große Anzahl von Krankengeschichten von Fällen, bei denen eine

biologische Therapie durchgeführt worden war. Die Auswahl der Krankheitsfälle erfolgte unter den gleichen Voraussetzungen. Es wurden nur Ersterkrankungen und akute Rezidive gezählt.

Als Ergebnis zeigte sich die Häufigkeit der Endokarditis als Komplikation im Verlauf des akuten Gelenkrheumatismus bei der Salicylsäurebehandlung mit rund 25% und bei der biologischen Therapie mit rund 7%.

Die durchschnittliche Behandlungsdauer betrug bei der Salicylsäurebehandlung 5,5 Wochen, bei der biologischen Therapie dagegen nur 4,6 Wochen.

Ebenso stehen sich die Zahlen der Arbeitsfähigen mit 58,8% und 45,8% zugunsten der natürlichen Heilweise gegenüber.

Daraus ergibt sich eine einwandfreie Ueberlegenheit der biologischen Therapie.

Um diese Ueberlegenheit zu begründen und um die tieferen Ursachen aufzuzeichnen, wurden die Gedankengänge, die einerseits zur Salicylsäurebehandlung und andrerseits zu einer biologischen Therapie führen, einer eingehenderen Betrachtung unterzogen.

Dabei wurde festgestellt, daß es sich um zwei grundverschiedene Betrachtungsweisen vom Wesen der Krankheit überhaupt handelt.

Die biologische Medizin sieht in den Krankheitserscheinungen Anzeichen des natürlichen Heilbestrebens des Organismus. Sie sieht daher ihre Aufgabe darin, das Heilbestreben des Organismus durch geeignete Maßnahmen zu unterstützen und dadurch eine raschere Heilung zu erreichen.

Die Ueberlegenheit der biologischen Therapie erklärt sich demzufolge daraus, daß sie die Heilkräfte des Organismus unterstützt, während die einseitige Salicylsäurebehandlung gegen die Krankheitserscheinungen gerichtet ist und damit vielfach die Abwehrreaktion stört. Mit der dadurch häufig erzielten Schmerzfreiheit und dem Fieberabfall ist eine Täuschung über den tatsächlichen Erfolg gegeben.

Daraus erklärt sich auch die verschiedene Häufigkeit der Endokarditis bei den beiden Behandlungsweisen.

Literaturverzeichnis:

Bottenberg: Biologische Therapie des praktischen Arztes. 1936.

Domarus: Grundriß der inneren Medizin. 1932.

Ewig: Naturheilerische Behandlung der akuten Infektionskrankheiten im Rahmen der Gesamtmedizin (in: Natürliche Heilweise, Eine Vortragsfolge. 1938).

Haselbeck: Seltene Verlaufsarten der Polyarthritis rheumatica. Dissertation. 1936.

Hegler: Der akute Gelenkrheumatismus. Handbuch der inneren Medizin. 1934.

His: Die sogenannten Rheumatischen Krankheiten. J. v. Mering's Lehrbuch der inneren Medizin. 1929.

Kötschau: Zum Aufbau einer biologischen Medizin. 1935.

— —: Zum nationalsozialistischen Umbruch in der Medizin. 1936.

Krehl: Die Krankheiten der Kreislauforgane. J. v. Mering's Lehrbuch der inneren Medizin. 1929.

Paessler: Endokarditis. Neue Deutsche Klinik. 1929.

Poulsson: Lehrbuch der Pharmakologie. 1930.

Pribram: Der akute Gelenkrheumatismus. Nothnagels spez. Path. u. Ther. 1899.

Rolly: Der akute Gelenkrheumatismus. 1920.

Schier: Biologische Erfahrungsheillehre. 1936.

Schottmüller: Endokarditis lenta. Münchn. med. Wschr. 1910.

Schwenkenbecher und Eimer: Gelenkrheumatismus. Neue Deutsche Klinik. 1930.

Siebeck: Ueber Fieber und Fieberbehandlung. Natürliche Heilweise, Eine Vortragsfolge, 1938.

Stiegele: Meine Erfahrungen bei akuten und chronischen Gelenkerkrankungen. Homöopathie und rheumatische Erkrankungen. Vortragsfolge, 1935.

Trendelenburg: Grundlagen der allgemeinen und speziellen Arzneiverordnung. 1931.

Lebenslauf.

Als Sohn des Lagerhalters Johann Schnapp und seiner Ehefrau Babette, geb. Fischer, am 2. April 1911 zu Nürnberg geboren, besuchte ich hier von 1917 bis 1921 die Volksschule, bis 1927 die damalige Kreisrealschule I und bis 1930 die Alte Oberrealschule, wo ich im gleichen Jahr die Reifeprüfung ablegte. Anschließend studierte ich dann in Erlangen und im Sommersemester 1933 auch in Würzburg Medizin. 1932 bestand ich die ärztliche Vorprüfung und im Wintersemester 1935/36 das medizinische Staatsexamen. Mein praktisches Jahr leistete ich an der chirurg. Universitätsklinik Erlangen und am Städt. Krankenhaus Nürnberg ab. Meine Bestallung als Arzt erhielt ich am 1. März 1937. Darnach war ich zunächst als Gastarzt an der Nervenklinik und seit November 1937 als Assistenzarzt an der 2. medizinischen Klinik am Städt. Krankenhaus Nürnberg tätig. Am 8. Juli 1937 heiratete ich Frl. Christl Herold. Bisher wurde uns eine Tochter geboren.